

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Diagnos och behandlingsutfall: En effectiveness-studie på
studentledd kognitiv beteendeterapi**

Karin Jarenfors och Matilda Thörne

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
PM2519
Vårtermin 2018

Handledare: Kristina Berglund

Diagnos och behandlingsutfall: En effectiveness-studie på studentledd kognitiv beteendeterapi

Karin Jarenfors och Matilda Thörne

Sammanfattning. Föreliggande effectiveness-studie gällande studentledd kognitiv beteendeterapi ämnade undersöka huruvida de olika diagnosgrupperna egentlig depression, oro/ångest, social ångest och specifik fobi hade olika mönster för behandlingsförlopp och utfall. Samtliga 190 deltagare hade innan behandling, efter avslutad behandling samt cirka ett år efter avslutad behandling, fyllt i självskattningsskalan Clinical Outcome in Routine Evaluation - Outcome Measure, som mäter psykisk hälsa och funktion. Tre av fyra diagnosgrupper hade en liknande förändringskurva och behandlingsutfall, med undantag för specifik fobi som hade en flackare förändringskurva och sämre behandlingsutfall. Behandlingsutfallet kunde därmed till viss del förklaras av diagnos.

Både enskilda studier och metaanalyser utförda under flera decennier har visat att psykoterapi är en verksam behandlingsform för flertalet olika psykiska svårigheter (Campbell, Norcross, Vasquez & Kaslow, 2013). Frågan om vilka faktorer som gör psykoterapi effektiv är dock omdiskuterad och har ännu inget entydigt svar (Wampold & Imel, 2015). Ett flertal studier har gjorts för att undersöka olika variabler som påverkar terapiutfall (Bergin & Lambert, 2013). Forskningen har där visat att faktorer så som terapimetod, interventioner, karaktäristiska hos terapeuten, allians, terapins längd och gemensamma faktorer för olika terapiformer; alla har en inverkan på effekten av psykoterapi. Forskning har även visat att effekten av psykoterapi tenderar att variera beroende på vilken diagnos patienten har behandlats för. I nutida forskning görs därav ofta diagnosspecifika studier för att få förfinade effektmått på psykoterapi (Lambert, 2013).

Vid forskning på effekten av psykoterapi används olika typer av studier, där *Randomised Controlled Trials* (RCT) länge ansetts som det bästa alternativet (Forand, Evans, Haglin & Fishman, 2011). RCT-studier jämför behandlingseffekter på gruppnivå mellan en experimentell grupp och en kontrollgrupp (Psykologiguiden, u.å). Mätmetoden har snäva kriterier och bygger på att det finns en väldefinierad homogen patientgrupp, en väldefinierad manualbaserad behandling, ett väldefinierat utfallsmått, att terapeuterna är utbildade i den specifika interventionen, samt att studiedeltagarna slumpmässigt fördelats mellan de olika grupperna (Hunsley & Lee, 2007; Kåver, 2016). RCT-studier mäter alltså effekten av behandlingsmetoden och uppnår genom dessa kriterier hög intern validitet (Psykologiguiden, u.å). RCT-studier uppvisar dock generellt låg extern validitet vilket har väckt debatten kring huruvida resultaten från en RCT-studie faktiskt kan appliceras i praktiken (Hunsley & Lee, 2007). Istället har *effectiveness-studier* vuxit fram som ett mindre krävande och mer populärt alternativ till RCT (Möller, 2011). Dessa studier genomförs i den kliniska verkligheten och mäter hur behandlingsmetoden fungerar i praktisk verksamhet, alltså uppnår dessa studier mycket högre extern validitet (Kåver, 2016). Effectiveness-studier har därmed bidragit till att underlätta integreringen av forskningsfynd i den kliniska verkligheten (Bergin & Lambert, 2013). Dock bör det

tilläggas att effectiveness-studier har en begränsad intern validitet och deras resultat går inte att i lika hög grad som RCT-studier jämföra med andra studier på grund av deras mer generösa inklusionskriterier (Möller, 2011).

På studentkliniken vid Psykologiska institutionen på Göteborgs universitet tar psykologstudenter från de tre avslutande terminerna på psykologprogrammet, samt psykoterapeutstudenter, tillsammans emot cirka 400 patienter varje år (Berglund, 2016). Av patienterna på studentkliniken går cirka 55 % i kognitiv beteendeterapi (KBT). Innan påbörjad behandling, direkt efter avslutad behandling samt cirka ett år efter avslutad behandling ombeds samtliga patienter fylla i formuläret *Clinical Outcome in Routine Evaluation - Outcome Measure* (CORE-OM). CORE-OM avser att mäta psykisk hälsa liksom effekter av psykologisk behandling och är en del av studentkliniken kvalitetsssäkring av patientverksamheten. Patienterna som gått i KBT-behandling uppger i kvalitetsssäkringen även vilken diagnos de har behandlats för. Föreliggande effectiveness-studie bygger på data insamlad med hjälp av CORE-OM och syftar till att undersöka om behandlingsutfall för KBT-behandling skiljer sig åt mellan och inom olika diagnoser på en studentklinik.

KBT

KBT är en bred psykoterapeutisk behandlingsform som utgörs av en samling metoder med gemensamma grundläggande drag (Kåver, 2016). Behandlingsformen har utvecklats snabbt och visat sig vara framgångsrik för många olika psykiska besvär (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006).

KBT:s framväxt beskrivs ofta som en process i tre utvecklingsfaser eller vågor (Kåver, 2016). Den första vågen växte sig stark under 1950- och 60-talet då den klassiska beteendeterapin (BT) utformades. Fokus under denna period låg på inläring och förändring av beteenden vilket grundades i inläringsteori, även kallat behaviorism. Under 1970-talet växte sig sedan den andra vågens KBT fram då kognitiv terapi (KT) utarbetades. Intresset för kognitiv teori och kognitionspsykologi tog fart ur kritiken att den renodlade behavioristiska modellen var allt för förenklad (Kåver, 2016). Fokus riktades vid denna tid mer mot tankar, föreställningar och förändringen av dessa som ansågs vara viktiga aspekter att ha i beaktning. Sedan 1980-talet har BT och KT allt mer integrerats med varandra där fokusområdena har länkats samman till en gemensam inriktning under paraplybegreppet KBT (Öst, 2013). I början av 1990-talet kom sedan tredje vågens KBT vilken pågår än idag. Den utmärks av nya förhållningssätt som exempelvis inkorporerar österländsk filosofi, dialektik och acceptans. Fokus i denna våg är varken på förändring av beteende eller förändring av tankar, utan istället på förändring av patientens förhållningssätt och inställning (Kåver, 2016).

På grund av KBT:s snabba och framgångsrika utveckling inom flera problemområden, finns i nuläget ingen allmänt accepterad definition för behandlingsformen (Öst, 2013). Enligt den svenska beteendeterapeutiska föreningen (SBF), kan KBT dock definieras som "... en form av psykoterapi som grundar sig på forskning och teoribildning inom inlärningspsykologi, kognitionspsykologi och socialpsykologi. Begreppet kognitiv beteendeterapi anger att tonvikten ligger på samspelet mellan individen och omgivningen, här och nu" (Öst, 2013 s.19).

Diagnos

Diagnos eller framträdande symtom hos patienter utgör en viktig del vid utformning av KBT-behandling (Farmer & Chapman, 2016). Vid val av behandlingsupplägg matchas ofta patientens diagnos med specifika evidensbaserade interventioner i olika behandlingsupplägg. Under förutsättning att patientens behov överensstämmer med interventionernas syfte antas sådana behandlingsupplägg ge goda resultat. Det är dock vanligt att patienter har en komorbid symtombild som inte överensstämmer med en enskild diagnos. Därför krävs generellt ett mer individuellt anpassat behandlingsupplägg, som konstrueras genom en fallkonceptualisering bestående av huvudsaklig diagnos, komorbida diagnoser och övriga personliga omständigheter (Kuyken, Padesky & Dudley, 2009; Farmer & Chapman, 2016). Diagnos eller framträdande symtom är således alltid en central del i behandlingsupplägget vid KBT-behandling. Nedan presenteras därför de diagnosgrupper vilkas behandlingsutfall har analyserats i föreliggande studie.

Egentlig depression. Egentlig depression är ett tillstånd av nedstämdhet som förelegat under en tvåveckorsperiod samtidigt som minst fyra av följande symtom: betydande viktfluktuation, sömnstörning, psykomotorisk agitation, brist på energi, känslor av värdelöshet eller skuld, nedsatt kognitiv förmåga eller återkommande tankar på döden (American Psychological Association, 2014). Egentlig depression är den vanligaste formen av depression, där den globala livstidsprevalensen uppskattas till 14,6 % i höginkomstländer och 11,1 % i låg- till medelinkomstländer (Young, Rygh, Weinberger & Beck, 2014). Andelen av den globala befolkningen som lider av depression vid ett givet tillfälle uppmättes 2015 till 4,4 % (World Health Organisation, 2017).

Oro/Ångest. I olika diagnostiska klassificeringssystem såsom Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) och International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) finns det ett flertal olika diagnoser som hör till oro- och ångestdiagnoser. De diagnoser som dock åsyftas i denna kategori i studentklinikens kvalitetssäkring är främst generaliserat ångestsyndrom (GAD) och ospecificerat ångestsyndrom. Därav utgör dessa två diagnoser oro/ångest-gruppen i föreliggande studie.

GAD är ett tillstånd av överdriven ängslan eller oro kring flera olika vardagliga saker så som arbete och relationer (American Psychological Association, 2014). Tillståndet karaktäriseras även av en svårighet att kontrollera oron, samt av flertalet kroppsliga symtom så som irritabilitet, muskelspänning och trötthet. Omkring 6 % av befolkningen uppfyller kriterier för GAD någon gång under sitt liv (Dugas & Robichaud, 2007; Roemer & Orsillo, 2014). Ospecificerat ångestsyndrom är en diagnos som används när ångestsymtom orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion för en individ, men där symtomen inte uppfyller alla kriterier för någon av de specificerade ångestdiagnoserna (American Psychological Association, 2014). Till följd av att ospecificerat ångestsyndrom täcker in en bredd av patienter med varierande symtom, är den ofta exkluderad som enskild diagnos i forskning. Därför har ingen statistik kring diagnosens prevalens kunnat hittas.

Social ångest. Social ångest är ett tillstånd av ihållande obehag eller rädsla för situationer då en individ möter okända människor eller situationer där det finns en risk att bli dömd av andra (American Psychological Association, 2014). Tillståndet innefattar även undvikande av fruktade sociala sammanhang och en upplevd intensiv ångest vid

exponering för dessa situationer. Social ångest är ett vanligt förekommande ångestsyndrom och har en livstidsprevalens på omkring 12 % (Kessler et al., 2005).

Specifik fobi. Specifik fobi är ett tillstånd av bestående, obefogad, överdriven rädsla eller ångest inför ett specifikt objekt eller situation (American Psychological Association, 2014). Det finns fem subkategorier: djur, exempelvis spindelfobi eller fågelfobi; naturliga miljöer, exempelvis höjdfobi eller åskfobi; blod-infektion-skada, exempelvis sprutfobi eller blodfobi; situationella omständigheter, exempelvis klaustrofobi eller flygfobi; samt övrigt, exempelvis kräkfobi eller sjukdomar (Öst, 2013). World Health Organisation (WHO) uppmätte den globala livstidsprevalensen 2017 till 7,4 % (Wardenaar et al., 2017).

Tidigare forskning

En summering av psykoterapiforskning gjord av Lambert (2013) visar att psykoterapi generellt har medelstor ($d = 0,4$) till stor effekt ($d = 0,8$) på gruppnivå. Specifikt KBT som psykoterapiform har i sig även visat på god effekt både i RCT-studier (exempelvis Cuijpers et al., 2013; Linden, Zubraegal, Baer, Franke & Schlattmann, 2005) samt i effectiveness-studier (exempelvis Steward & Chambless, 2009; Westbrook & Kirk, 2005). Vilka faktorer som påverkar psykoterapis effektivitet är emellertid en omdiskuterad fråga, där forskning har kunnat påvisa att diagnos är en av faktorerna som har en inverkan på psykoterapis effektivitet. I modern forskning görs därför idag ofta diagnosspecifika studier för att kunna få ett förfinat mått på psykoterapis genomsnittliga behandlingseffekter (Lambert, 2013). Det är till synes ovanligt att psykoterapis effekt för olika diagnoser jämförs i en och samma studie, därför redovisas tidigare effektforskning för denna studies aktuella diagnosgrupper separat nedan.

Egentlig depression. I en stor sammanställning av metaanalyser och enskilda studier som undersökt effekten av psykologisk behandling för depression, jämfördes KBT-behandling med kontrollgrupp (Cuijpers, Andersson, Donker och van Straten, 2011). Resultaten visade att effekten av KBT-behandling var medelstor ($d = 0,67$). I en senare metaanalys av flera RCT-studier, undersöktes återigen effekten av KBT för depression jämfört med en kontrollgrupp (Cuijpers et al., 2013). Resultatet från den metaanalysen visade även den att effekten var medelstor ($g = 0,53$).

Det finns ett stort antal effectiveness-studier på KBT-behandling för depression. I en metaanalys av Hans och Hiller (2013) studerades effectiveness-studier rörande KBT-behandling för depressiva symtom där resultaten visade på stor effekt ($d = 1,13$). I en annan metaanalys av effectiveness-studier innefattande 1276 deltagare, visade resultatet också på stor effekt ($d = 0,96$) för KBT-behandling vid depression (Westbrook & Kirk, 2005). I samma studie studerades även klinisk signifikans, internationellt kallat *Clinically Significant Improvement* (CSI), där resultatet visade att 52,2 % av deltagarna var återställda, 35,5 % förbättrade samt 1,4 % försämrade efter KBT-behandling. Resultaten från dessa effectiveness-studier indikerar att KBT vid depression har effekt även i kliniska sammanhang.

Oro/Ångest. Resultaten från en metaanalys av RCT-studier visade på stor effekt ($d = 2,48$) för KBT vid olika GAD-behandlingar (Borkovec & Ruscios, 2001). I ytterligare en metaanalys undersöktes effekten av KT vid behandling av GAD (Hanrahan, Field, Jones & Davey, 2013). Resultatet från den metaanalysen visade att KT hade stor effekt ($d = 1,81$) för GAD jämfört med kontrollgrupp. Samma studie undersökte även CSI

för patienterna, där resultatet visade att 46 % av patienterna med GAD ansågs vara återställda efter genomförd KT-behandling.

Flera effectiveness-studier av KBT-behandling vid GAD och ångestsyndrom har även genomförts. En metaanalys visade att KBT för GAD i ett kliniskt sammanhang har uppnått stor effekt ($d = 0,92$), dock en något lägre effekt än i jämförbara RCT-studier (Steward & Chambless, 2009). En annan metaanalys innefattade elva effectiveness-studier och studerade effekten av KBT-interventioner för ångestsyndrom (van Ingen, Freiheit & Vye, 2009). Resultaten visade på en signifikant förbättring av ångestsymtom både vid avslutad KBT-behandling ($d_w = 1,35$) liksom vid uppföljning ($d_w = 1,14$). Detta indikerar att KBT är effektiv som behandlingsform för GAD och för minskning av ångestsymtom även i kliniska sammanhang. Vad det gäller RCT-studier och effectiveness-studier på ospecificerat ångestsyndrom, verkar det inte finnas någon forskning att tillgå.

Social ångest. En metaanalys av RCT-studier visade att KBT-behandling har medelstor effekt ($d = 0,45$) jämfört med kontrollgrupp vid behandling av social ångest (Acarturk, Cuijpers, van Straten, & de Graaf, 2009). I en annan metaanalys som beskrevs av National Institute of Clinical Excellence (NICE) (2013) jämfördes psykologisk behandling med kontrollgrupp och väntelista. Denna metaanalys visade att individuell KT hade stor effekt ($d = 1,11$) för patientgruppen. I en RCT-studie av Clarke et al. (2006) som undersökte CSI visar resultaten att 76 % av patienterna med social ångest blev kliniskt signifikant förbättrade efter individuell KT-behandling.

Vad det gäller effectiveness-studier på KBT-behandling vid social ångest finns det ett antal studier gjorda. En metaanalys av effectiveness-studier visade att KBT-behandling genererade en signifikant minskning av ångestsymtom med stor effekt ($d = 1,04$) (Steward & Chambless, 2009). I en annan effectiveness-studie gav KBT-behandling stor effekt ($d = 1,18$) vid behandling av social ångest (DiMauro et al., 2012). Dessa studier tyder på att KBT vid social ångest är effektiv även i praktisk verksamhet.

Specifik fobi. En metaanalys av RCT-studier visade att KBT-metoden exponering med responsprevention genererade stor effekt ($d = 1,05$) i jämförelse med väntelista (Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers & Telch, 2008). Dessa resultat överensstämde med det som beskrevs av Choy, Fyer och Lipsitz (2007) där resultaten visade att exponering är den starkaste och mest varaktiga behandlingen av specifik fobi. Ytterligare stöd gavs av Roth och Fonagy (2005) som redovisade genom CSI att omkring 70–85 % av KBT-behandlade patienter med specifik fobi uppnådde klinisk signifikant förbättring.

Trots att KBT mot fobi i RCT-studier har visat på stor effekt, är det anmärkningsvärt att det inte verkar finnas effectiveness-studier gjorda på behandlingsmetoden, vilket även Hunsley, Elliot och Therrien (2014) förvånas över i sin metaanalys.

Studentledd KBT-behandling

Relativt lite forskning har undersökt hur väl KBT-behandling utförd av kliniskt oerfarna terapeuter under utbildning fungerar (Brunnbauer, Simpson & Balfour, 2015; Öst, Karlstedt & Widén, 2012). Ett par effectiveness-studier har dock gjorts inom området, både utomlands (exempelvis Bados, Balaguer & Saldaña, 2007; Forand, Evans, Haglin & Fishman, 2011) och i Sverige (exempelvis Hiltunen, Kocys & Perrin-Wallqvist, 2013; Lööf & Rosendahl, 2010).

Vid en akademisk medicinsk mottagning i New York genomfördes en studie där effekten av studentledd KBT-behandling jämfördes med behandling av mer erfarna terapeuter inom både effectiveness- och RCT-studier (Forand et al., 2011). Resultatet visade att studentledd terapi genererade medelstor till stor effekt, dock något lägre än effekten i RCT-studier. I en liknande studie av Bados et al. (2007) jämfördes effekten av KBT-behandling utförd av studentterapeuter vid Barcelonas universitet med andra spanska RCT-studier samt internationella metaanalyser. Även denna studie visade att studentledd terapi ger stor effekt, om än något lägre än i RCT-studier.

Vad det gäller effekten av studentledd KBT-behandling i relation till olika diagnosgrupper, finns ytterst lite forskning gjord. Öst et al. (2011) studie från Stockholms universitet är emellertid ett undantag. Studien analyserade skillnaden mellan en före- och eftermätning inom olika diagnosgrupper med instrumentet *Clinical severity rating* (CSR) i kombination med *Client Satisfaction Questionnaire 8* (CSQ-8) (Attkisson & Zwick, 1982). Resultatet visade på en klinisk signifikant förbättring för diagnosgrupperna specifik fobi, depression/dystymi, social fobi, panikångestsyndrom med samt utan agorafobi, GAD, tvångssyndrom (OCD), insomni och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Utfallet av KBT-behandlingen utvärderades även i samma studie med hjälp av CSI. Resultatet indikerade att oavsett diagnosgrupp blev 80,9 % av alla patienter återställda, 9,8 % blev förbättrade, 9,2 % visade ingen förändring och 0,2 % av patienterna försämrades. För diagnosgruppen depression/dystymi blev 80,5 % återställda, 9,8 % förbättrade, 9,8 oförändrade och 0,0 % av patienterna försämrades. Vidare visade resultaten för diagnosgruppen GAD att 77,8 % blev återställda, 9,5 % blev förbättrade, 12,7 % var oförändrade och 0,0 % blev försämrade. För diagnosgruppen social ångest blev 80,9 % återställda, 8,4 % blev förbättrade, 9,9 % var oförändrade och 0,8 % blev försämrade. Slutligen indikerade resultaten för patientgruppen specifik fobi att 83,8 % blev återställda, 8,4 % blev förbättrade, 7,8 % var oförändrade och 0,0 % blev försämrade.

Ett antal studier både i Sverige och utomlands har även undersökt symtomreduktion vid depressions- och ångestsymtom efter studentledd terapi. Dessa studier indikerar att studentledd KBT-behandling är effektiv för reducering av ångestsymtom (exempelvis Forand et al., 2011; Henriksson, Anclair & Hiltunen 2016; Hiltunen et al., 2013; O’Keeffe et al., 2016) och visar på en signifikant minskning av depressionssymtom (exempelvis Bados et al., 2007; O’Keeffe et al., 2016; Öst et al., 2012).

Studentkliniken

Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet driver en studentklinik där psykologstudenter mellan termin åtta och tio, samt psykoterapeutstudenter, genomför en del av sin kliniska praktik. Studentkliniken bedriver psykoterapi utifrån tre olika terapiformer: kognitiv beteendeterapi (KBT), psykodynamisk terapi (PDT) samt Brief Dynamic Psychotherapy (BDT) (Berglund, 2016). Varje psykologstudent utför behandling av två patienter per termin, varav en av dessa behandlas med hjälp av KBT. Således genomför varje psykologstudent tre KBT-behandlingar under sin praktik på kliniken (Berglund, 2016). Varje psykoterapeutstudent utför antingen KBT- eller PDT-behandling, beroende på vald inriktning. Behandlingarna kan variera i längd mellan en till tre terminer och med det varierar också antalet patienter som studenterna behandlar (Andersson, 2016). Samtliga studenter erhåller grupphandledning varannan vecka

tillsammans med andra studenter.Handledningen hålls av en legitimerad psykolog som också är legitimerad handledare respektive en legitimerad psykoterapeut som också är legitimerad handledare.

Studentkliniken tar årligen emot och behandlar omkring 400 patienter (Berglund, 2016). Av dessa behandlas cirka 55 % med KBT. En KBT-behandling utgörs av 10–20 sessioner där varje session vanligtvis är 45–50 minuter lång, dock kan dubbelsessioner förekomma vid behov. Samtliga patienter som behandlas på kliniken är över 18 år.

All den psykoterapi som bedrivs vid studentkliniken kvalitetssäkras (Berglund, 2016). Samtliga patienter blir ombudade att fylla i ett antal formulär innan påbörjad behandling, direkt efter avslutad behandling och från och med 2013 även att svara på en uppföljningsmätning cirka ett år efter avslutad behandling (Berglund, 2016). Hädanefter kommer dessa att kallas för: *initialregistrering*, *avslutningsregistrering* och *uppföljningsregistrering*.

Syfte och frågeställningar

Majoriteten av den psykoterapiforskning som studerat behandlingsutfall i relation till diagnos har varit diagnosspecifik, medan få studier har analyserat skillnader i behandlingsutfall mellan olika diagnosgrupper. Likaså finns det lite forskning gjord på hur behandlingsutfall är kopplat till diagnos när behandlingen är utförd av studentterapeuter. Syftet med föreliggande effectiveness-studie är således att undersöka behandlingsutfall för KBT-behandling mellan de olika diagnosgrupperna egentlig depression, oro/ångest, social ångest och specifik fobi på en studentklinik. Studien ämnar även undersöka behandlingsutfall inom dessa olika diagnosgrupper. Detta är den första studie som undersöker behandlingsutfall kopplat till diagnos på studentkliniken på Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet. På grund av bristen av studier som undersökt skillnader i behandlingsutfall mellan diagnosgrupper, är föreliggande studie av explorativ karaktär och avses undersökas genom följande frågeställningar:

1. Finns det signifikanta skillnader inom och mellan diagnosgrupperna egentlig depression, oro/ångest, social ångest och specifik fobi som behandlas med KBT på en studentklinik, innan behandling, direkt efter avslutad behandling och cirka ett år efter avslutad behandling?
2. Sker det en klinisk signifikant förändring inom dessa diagnosgrupper från innan behandling till direkt efter avslutad behandling och cirka ett år efter avslutad behandling?

Metod

Deltagare

Mellan den 10:e oktober 2013 och 31:a januari 2017 har patienter ($n = 1516$) på Psykologiska institutionens studentmottagning vid Göteborgs universitet fyllt i initialregistreringen av klinikens kvalitetssäkring. Av dessa patienter har 74,0 % ($n =$

1122) i sin tur fyllt i avslutningsregistreringen i samband med terapislut. Av patienterna som fyllt i avslutningsregistreringen har 56,7 % ($n = 635$) frivilligt lämnat sin mejladress för att kunna delta i en uppföljningsregistrering som skickats ut cirka ett år efter avslutad terapi. Av dessa 635 patienter svarade 71,0 % ($n = 451$) vid uppföljningen. Då endast patienter som genomgått KBT-behandling var av intresse för föreliggande studie, exkluderades sedan 38,4 % ($n = 173$) som hade gått i PDT/BDT. Kvarvarande 61,6 % ($n = 278$) kategoriserades sedan i sin tur efter den diagnos som de uppgett i uppföljningsregistreringen. Av dessa 278 patienter exkluderades även 29,1 % ($n = 81$), vilka tillhörde diagnosgrupper som ansågs vara för små för att analyseras. Likaså exkluderades 3,6 % ($n = 7$) vars CORE-OM data från någon av registreringarna var ofullständiga.

Totalt ingick slutligen 190 deltagare i studien, varav 79,0 % ($n = 150$) definierade sig som kvinnor och 21,0 % ($n = 40$) definierade sig som män. Medelålder för deltagarna var 35,1 år \pm 11,9 år, där den yngsta deltagarens ålder var 18 år och den äldsta 74 år. En signifikant skillnad i bakgrundsvariabler fanns mellan diagnosgrupperna, där gruppen specifik fobi hade en signifikant högre, $F(3, 189) = 13,44$ $p < ,001$, medelålder än övriga grupper. I övrigt förelåg inga signifikanta skillnader mellan diagnosgrupperna. För ytterligare information om deltagarnas bakgrundsvariabler, se tabell 1.

Tabell 1.

Bakgrundsvariabler för deltagare uppdelat i diagnosgrupper. Data presenteras som procent (med frekvenser) eller som medelvärde \pm standardavvikelse.

	Egentlig depression ($n = 21$)	Oro/Ångest ($n = 59$)	Social ångest ($n = 23$)	Specifik fobi ($n = 87$)
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Kön				
<i>Kvinna</i>	47,6 % (10)	88,1 % (52)	73,9 % (17)	81,6 % (71)
<i>Man</i>	52,4 % (11)	11,9 % (7)	26,1 % (6)	18,4 % (16)
Ålder	29,5 \pm 6,5	31,2 \pm 8,4	29,9 \pm 7,6	40,6 \pm 13,6***
Högsta utbildning				
<i>Gymnasium</i>	10,5 % (2)	22,8 % (13)	22,7 % (5)	27,9 % (24)
<i>Högskola/Universitet</i>	84,2 % (16)	71,9 % (41)	68,2 % (15)	68,6 % (59)
<i>Annat</i>	5,3 % (1)	5,3 % (3)	9,1 % (2)	3,5 % (3)
Levnadsförhållanden				
<i>Relation</i>	52,6 % (10)	56,1 % (32)	68,2 % (15)	72,1 % (62)
<i>Singel</i>	47,4 % (9)	36,8 % (21)	27,3 % (6)	22,1 % (19)

Tabell 1 fortsättning

Fortsättning på Tabell 1.

<i>Annat</i>	0,0 % (0)	7,0 % (4)	4,5 % (1)	5,8 % (5)
Huvudsaklig sysselsättning				
<i>Studerande</i>	21,1 % (4)	24,6 % (14)	27,3 % (6)	14,0 % (12)
<i>Förvärvsarbetande</i>	73,7 % (14)	61,4 % (35)	59,1 % (13)	70,9 % (61)
<i>Arbetssökande</i>	0,0 % (0)	1,8 % (1)	0,0 % (0)	5,8 % (5)
<i>Annat</i>	5,3 % (1)	12,3 % (7)	13,6 % (3)	9,3 % (8)

*** $p < ,001$

Instrument

CORE-OM. CORE-OM är ett självskattningsinstrument för psykisk hälsa och funktion som är utformat för att utvärdera effekter av psykologisk behandling (Elfström et al., 2012). Instrumentet har låg tidsåtgång både vid administrering och rättning.

Originalversionen av CORE-OM utvecklades i Storbritannien av en grupp forskare och kliniker med psykoterapeutisk inriktning, i syfte att möta behovet av ett mer generellt mätinstrument för psykoterapiers behandlingseffekt (Elfström & Carlsson, 2013). Den brittiska versionen har senare översatts till svenska där den svenska versionens tillförlitlighet och validitet har undersökts. För den svenska versionen indikerade Cronbachs α hög intern reliabilitet på 0,93 både för en icke-klinisk och klinisk grupp och acceptabel konvergent validitet uppmättes (Elfström et al., 2012). Generellt visade den svenska översättningen stora likheter med originalversionen vad det gäller psykometriska egenskaper.

CORE-OM utgörs av totalt 34 frågor som kategoriseras under de fyra domänerna: välbefinnande (fyra påståenden), problem/symtom (tolv påståenden), fungerande (tolv påståenden), och risker (sex påståenden) (Elfström et al., 2012). Exempel på påstående från domänen välbefinnande är "Jag har känt mig gråtfärdig", från domänen problem/symtom "Jag har saknat all energi och entusiasm", från domänen fungerande "Jag har varit lättretlig tillsammans med andra" och från domänen risker "Jag har funderat på att skada mig själv" (Elfström & Carlsson, 2013). Patienterna instrueras att skatta hur väl påståendena stämmer utifrån hur de upplevt sitt mående de senaste två veckorna på en femgradig likertskala som löper mellan "Aldrig" till "Nästan hela tiden". Varje svar poängsätts sedan mellan 0 och 4, där högre siffror indikerar sämre mående. Det totala medelvärdet för skalan kan räknas ut på två sätt, antingen genom att summera alla domäners medelvärden inklusive riskdomänen eller genom att summera alla domäners medelvärden exklusive riskdomänen. I enlighet med den svenska manualens anvisningar (Elfström & Carlsson, 2013), räknades det totala medelvärdet i föreliggande studie ut utan riskdomänen.

Cut-off-värden har tagits fram för CORE-OM i syfte att lättare särskilja klinisk sjukdom från psykisk hälsa. Värden över cut-off-gränsen indikerar klinisk sjukdom och värden under cut-off-gränsen indikerar psykisk hälsa. För totalskalan exklusive riskdomänen i den svenska versionen ligger cut-off-värdet på 1,41 för män och 1,49 för

kvinnor (Elfström & Carlsson, 2013). Då hela 79,0 % av deltagarna i föreliggande studie definierade sig som kvinnor har cut-off-värdet 1,49 använts.

Tillvägagångssätt

Personer som önskade psykologisk behandling sökte till studentkliniken genom en intresseanmälan på Psykologiska institutionens hemsida. Inledningsvis fick patienterna där ta ställning till vilken behandlingsform de önskade (KBT, PDT eller BDT) och därefter fylla i ett anmälningsskema. De inkomna anmälningarna granskades sedan i ett första led efter lämplighet, där ett urval av de sökande kallades till en kort bedömningsintervju med någon av utbildningsklinikens legitimerade psykologer. Under intervjun bedömdes närmare huruvida patientens problematik var lämplig för en studentterapeut. För de patienter som skulle gå i KBT-behandling fastställdes under intervjun även en preliminär symtombild för den kommande behandlingen. Patienter med svårare depressioner, bipolära syndrom, anorexi, neuropsykiatriska störningar, psykossjukdom, suicidrisk, som befann sig i kris, led av personlighetsstörning, eller hade ett pågående missbruk ansågs inte vara lämpade utan hänvisades vidare till andra instanser. De patienter vars problematik däremot bedömdes vara lämpade fördelades sedan till studentterapeuter av klinikens erfarna handledare. För KBT-behandling beslutade studentterapeuten efter sitt/sina inledande bedömningssamtal, i samråd med patient och handledare, om aktuell diagnos för patienten.

I samband med bedömningssamtalet och efter avslutad behandling fyllde patienterna i ett antal formulär med syfte att kvalitetssäkra patientverksamheten vid studentkliniken. Formulären innefattade bakgrundsvariabler och skattningsskalor kring patienternas aktuella mående, där ett av formulären var CORE-OM. Kvalitetssäkringen fylldes i av patienterna vid en dator i ett separat rum på mottagningen. Sedan år 2013 fick patienterna vid avslutad terapi även frågan om att delta i en långtidsuppföljning av behandlingen. De patienter som samtyckte till att delta i denna lämnade vid avslutningsregistreringen sin mejladress via vilken uppföljningsregistreringen senare skedde genom en webbenkät. De KBT-patienter som deltog i denna uppföljningsregistrering fick även kryssa i vilken av nio möjliga problematiker eller diagnoser de hade behandlats för på studentkliniken. Kvalitetssäkringens mätningar besvarades anonymt av varje patient och personliga uppgifter från patienterna skrevs endast ut i form av en elektronisk ID-kod.

Databearbetning och statistiska analyser

Bakgrundsinformation och mätningar av patienternas CORE-OM skattningar sammanställdes i Excel 10 som sedan överfördes till SPSS version 25 för Windows. Patienterna delades in i grupper efter vilken diagnos de uppgett sig behandlats för på studentkliniken. För patienternas demografiska bakgrundsvariabler genomfördes sedan en Chi2-analys för data på nominal- och ordinalskalenivå liksom en envägs ANOVA för data på kvotskalenivå. En mixad ANOVA beräknades i SPSS och CSI beräknades i Excel 10.

Mixad ANOVA. För att undersöka skillnader i CORE-OM skattningar mellan de olika mättillfällena (inomgruppseffekt), skillnader i CORE-OM skattningar mellan

diagnosgrupperna (mellangruppseffekt), liksom eventuella interaktionseffekter, utfördes en mixad ANOVA. Signifikansnivån bestämdes till $p < ,001$. Post hoc test Tukey användes sedan för att analysera signifikanta resultat.

CSI. För att komplettera den statistiska analysen, gjordes även en analys av den kliniska signifikansen för patienternas behandlingsutfall. CSI är ett test som mäter klinisk signifikans och analyserar data på individnivå för att avgöra om de statistiska skillnaderna som framkommit beror på slumpen eller faktiskt medför en verklig skillnad för klienten (Öst, 2012). Det rekommenderas (Lambert & Ogles, 2009; Bauer, Lambert & Nielsen, 2004) att, när det är möjligt, använda Jacobsons och Traux metod (1991) vid beräkning av CSI. Detta för att forskning lättare ska kunna jämföra olika studier av behandlingsutfall. Två kriterier behöver granskas för att avgöra om en patients förändring ska anses vara kliniskt signifikant enligt Jacobsons och Traux (1991). Detta dels om en statistisk reliabel förändring har skett och dels om gränsvärdet för psykisk ohälsa har passerats.

För att kontrollera huruvida det första kriteriet är uppfyllt eller inte, beräknas *Reliable Change Index* (RCI) som syftar till att visa huruvida varje individs förändring är statistiskt reliabel. Vid beräkning av RCI räknas först standardfelet på mätinstrumentet (SE) ut, se figur 1. I beräkningen används standardavvikelsen vid initialregistreringen för CORE-OM totalskala (s_1) samt mätinstrumentets reliabilitet (r). Ursprungligen använde sig Jacobson och Traux (1991) av mätinstrumentets test-retest reliabilitet, dock har Lambert och Ogles (2009) senare rekommenderat användningen av mätinstrumentets interna konsistens (Cronbachs α). Föreliggande studie har därför i enlighet med denna rekommendation använt sig av CORE-OM:s Cronbachs α (0,93) som mått på reliabilitet. I nästa steg beräknas sedan standardfelet för förändring (S_{diff}) med hjälp av standardfelet på mätinstrumentet (SE), se figur 1. Därefter följer en uträkning där differensen av varje individs specifika totalpoäng mellan mättillfälle två (x_2) och mättillfälle ett (x_1) divideras med standardfelet av förändringen (S_{diff}). Detta görs för att få fram ett individuellt RCI-värde, se figur 1. De individuella RCI-värdena utvärderas sedan mot en signifikansnivå. De värden som är $\geq 1,96$ eller $\leq -1,96$ ($p < ,05$) antas inte ha kunnat uppstå av en slump. Dessa värden antas istället alltså ha uppkommit på grund av en reliabel förändring.

$$SE = s_1 \sqrt{1 - r} \qquad S_{diff} = \sqrt{2(SE)^2} \qquad RCI = \frac{x_2 - x_1}{S_{diff}}$$

Figur 1. Formler för beräkning av RCI.

För att kontrollera huruvida det andra kriteriet är uppfyllt eller inte, jämförs sedan individernas CORE-OM totalskalepoäng med ett gränsvärde. I föreliggande studie har mätinstrumentets cut-off-värde för psykisk ohälsa använts som gränsvärde, detta i enlighet med Bauer et al. (2004) rekommendationer. Således har gränsvärdet för CORE-OM (1,49) använts för att skilja klinisk population från icke-klinisk population.

Utifrån hur väl varje patient uppfyller de två ovan nämnda kriterierna kategoriseras de sedan i en av fem kategorier (Bauer et al., 2004). De patienter med ett RCI-värde som indikerar en klinisk signifikant förbättring och har ett totalskalepoäng som gått från klinisk till icke-klinisk population, kategoriseras som *återställda*. Patienter som har ett RCI-värde vilket indikerar en klinisk signifikant förbättring men vars totalskalepoäng inte har passerat gränsvärdet mellan klinisk och icke-klinisk population, kategoriseras som *förbättrade*. De med ett RCI-värde som inte indikerar en klinisk

signifikant förändring oavsett om totalskalepoängen har passerat gränsen mellan klinisk och icke-klinisk population, kategoriseras som *oförändrade*. Patienter med ett RCI-värde som indikerar en klinisk signifikant försämring utan att gränsvärdet mellan klinisk och icke-klinisk population har passerats, kategoriseras som *försämrade*. De patienter med ett RCI-värde som indikerar på en klinisk signifikant försämring och har ett totalskalepoäng som gått från icke-klinisk till klinisk population, kategoriseras slutligen som *insjuknade*.

I Jacobsons och Traux (1991) ursprungliga metod användes endast de fyra första kategorierna och inte kategorin insjuknade. Detta berodde på att de endast analyserade en klinisk population, vilket är patienter som aldrig kan kategoriseras som insjuknade. Patienter som tillhör klinisk population har vid initialregistreringen en totalskalepoäng som ligger över gränsvärdet och de kan därför omöjligen gå från icke-klinisk population till klinisk population, vilket är en förutsättning för kategorin insjuknade (Bauer et al., 2004). Likaså kan patienter som tillhör den icke-kliniska populationen vid initialregistreringen omöjligen gå från klinisk till icke-klinisk population, vilket är en förutsättning för att kategoriseras som återställd. För att både kunna analysera patienter som vid initialregistreringen tillhör klinisk population och icke-klinisk population, har samtliga fem kategorier använts i föreliggande studie.

Etik

Psykologiska institutionen arbetar under Hälso- och sjukvårdslagen vilket bland annat innefattar sekretesslagen och patientdatalagen, samt utför sitt kliniska arbete utifrån de etiska riktlinjer som finns för psykologer i Norden (Andersson, 2016).

Informationskravet. Psykologiska institutionens hemsida förmedlar information om att all psykoterapi kvalitetssäkras med hjälp av självskattningsformulär som patienten ombeds fylla i innan påbörjad behandling, direkt efter avslutad behandling samt cirka ett år efter behandlingens avslut (Andersson, 2016). Vid samtliga mätningar informeras patienten att data från deras mätningar kan komma att användas i studiesyfte, exempelvis examensarbeten så som detta.

Nyttjandekravet. Den data som har samlats in används i forskningsändamål och har inte sålts eller distribueras vidare till tredje part.

Samtyckeskravet. Då patienter frivilligt väljer att fylla i självskattningsformulären samtycker de till att deras data eventuellt används i kommande studier. Studentkliniken tar endast emot patienter över 18 år varpå samtycke från vårdnadshavare inte efterfrågas.

Konfidentialitetskravet. Samtliga svar som tas emot i kvalitetssäkringssyfte behandlas strikt konfidentiellt, vilket innebär att inga enskilda patienter går att identifiera.

Resultat

Syftet med föreliggande studie var att undersöka behandlingsutfall för KBT-behandling mellan och inom olika diagnoser på en studentklinik. Nedan presenteras resultaten från de statistiska och kliniska analyser som utförts.

Diagnosgruppernas behandlingsutfall

För att undersöka huruvida det förelåg en statistisk signifikant skillnad i CORE-OM totalskala mellan de olika mättillfällena (inomgruppseffekt) och huruvida det förelåg en statistisk signifikant skillnad mellan de olika diagnosgrupperna (mellangruppseffekt), samt undersöka förekomsten av eventuella interaktionseffekter utfördes en mixad ANOVA. I tabell 2 presenteras CORE-OM totalskala för respektive diagnosgrupp vid initialregistrering, avslutningsregistrering samt uppföljningsregistrering.

Tabell 2

Medelvärde samt standardavvikelse för CORE-OM totalskala vid initialregistrering, avslutningsregistrering och uppföljningsregistrering för respektive diagnosgrupp. Data presenteras som medelvärde \pm standardavvikelse.

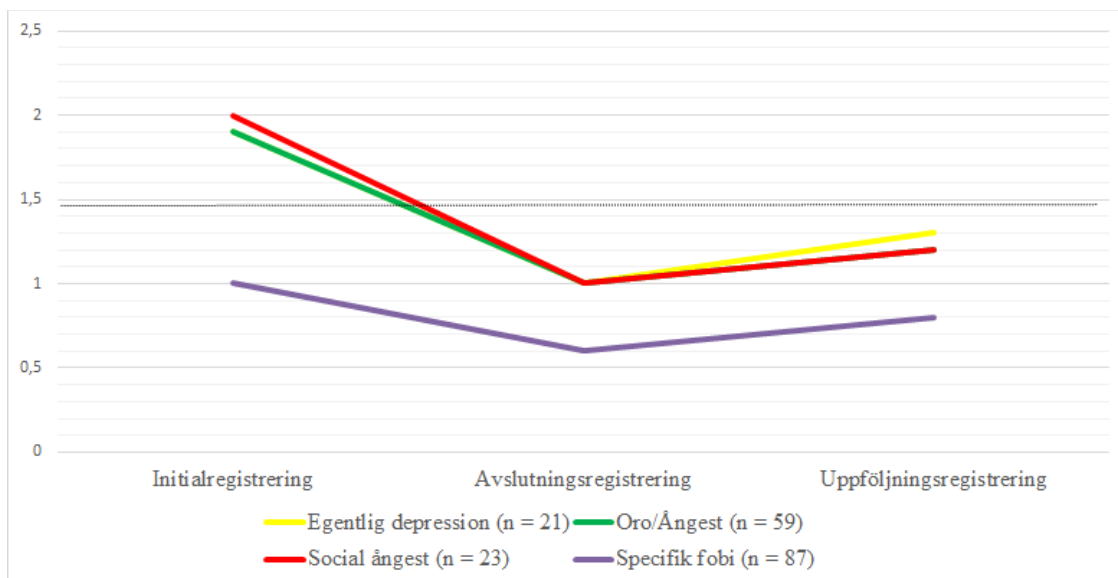
	Egentlig depression ($n = 21$)	Oro/Ångest ($n = 59$)	Social ångest ($n = 23$)	Specifik fobi ($n = 87$)
	$M \pm SD$	$M \pm SD$	$M \pm SD$	$M \pm SD$
Totalskala initialregistrering	1,9 \pm 0,4	1,9 \pm 0,5	2,0 \pm 0,6	1,0 \pm 0,6
Totalskala avslutningsregistrering	1,0 \pm 0,5	1,0 \pm 0,6	1,0 \pm 0,6	0,6 \pm 0,6
Totalskala uppföljningsregistrering	1,3 \pm 0,5	1,2 \pm 0,6	1,2 \pm 0,6	0,8 \pm 0,6

Resultatet från den mixade ANOVA:n illustreras i sin helhet i figur 2. ANOVA:n visade att det förekom en signifikant inomgruppseffekt i CORE-OM totalskala mellan de tre mättillfällena, $F(2, 372) = 163,11$, $p < ,001$ $\eta^2 = 0,47$. Analysen vid post hoc testet Tukey visade att det fanns en signifikant skillnad mellan initialregistreringen och avslutningsregistreringen ($0,80 \pm 0,05$), avslutningsregistreringen och uppföljningsregistreringen ($-0,22 \pm 0,04$), samt initialregistreringen och uppföljningsregistreringen ($0,58 \pm 0,47$). Med andra ord förelåg en förbättring av den psykiska hälsan mellan initialregistrering och avslutningsregistrering oavsett diagnosgrupp, en försämring mellan avslutningsregistrering och uppföljningsregistrering oavsett diagnosgrupp, och en förbättring mellan initialregistrering och uppföljningsregistrering oavsett diagnosgrupp. Effektstorleken visade att över de tre mättillfällena gav den studentledda KBT-behandlingen medelstor effekt ($\eta^2 = 0,47$) för samtliga diagnosgrupper.

Resultatet visade även en signifikant mellangruppseffekt på CORE-OM totalskala mellan diagnosgrupperna, $F(3, 186) = 26,07$, $p < ,001$ $\eta^2 = 0,30$, det vill säga graden av psykisk ohälsa skiljde sig signifikant åt mellan diagnosgrupperna oavsett mättillfälle. Post hoc analysen Tukey visade att specifik fobi skiljde sig signifikant från egentlig depression, ($-0,64 \pm 0,11$), oro/ångest ($-0,59 \pm 0,08$) och social ångest, ($-0,61 \pm 0,11$). Skillnaden indikerade att patienter inom diagnosgruppen specifik fobi skattade signifikant lägre än övriga patienter på CORE-OM totalskala oavsett mättillfälle, se figur 2. Mellan övriga diagnosgrupper förelåg dock ingen signifikant skillnad.

Dessutom förekom en signifikant interaktionseffekt, $F(6, 372) = 1,30$, $p < ,001$ $\eta^2 = 0,13$, mellan behandlingsutfall och diagnosgrupp, vilket betyder att det fanns ett

samband mellan behandlingsutfall och diagnos där 13,0 % av variationen kan förklaras av diagnosgrupp. Vidare framkommer i figur 2 att specifik fobi var den diagnosgrupp som hade en mindre förbättring av psykisk ohälsa än övriga diagnosgrupper.



Figur 2. CORE-OM-totalskala vid initialregistrering, avslutningsregistrering och uppföljningsregistrering för varje diagnosgrupp. Cut-off-gränsen för psykisk ohälsa (1,49) symboliseras i figuren i form av den streckade linjen.

Klinisk signifikans

För att undersöka huruvida det förelåg en klinisk reliabel förändring för patienterna mellan initialregistreringen och avslutningsregistreringen samt mellan initialregistreringen och uppföljningsregistreringen, beräknades behandlingsutfall med CSI.

I tabell 3 och i tabell 4 presenteras behandlingsutfall för patienter som vid initialregistreringen skattade över cut-off-gränsen för psykisk ohälsa (1,49) och därmed tillhörde den kliniska populationen. För diagnosgruppen egentlig depression innefattade det 20 patienter (motsvarande 95,2 % av hela diagnosgruppen), för oro/ångest 48 patienter (motsvarande 81,4 % av hela diagnosgruppen), för social ångest 19 patienter (motsvarande 82,6 % av hela diagnosgruppen), och för specifik fobi 14 patienter (motsvarande 16,1 % av hela diagnosgruppen).

Tabell 3

Behandlingsutfall av CORE-OM i procent (och frekvens) vid avslutningsregistrering för klinisk population beräknat med CSI.

	Återställda	Förbättrade	Oförändrade	Försämrade	Totalt
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Egentlig depression	75,0 (15)	5,0 (1)	20,0 (4)	0,0 (0)	100,0 (20)
Oro/ Ångest	70,9 (34)	8,3 (4)	20,8 (10)	0,0 (0)	100,0 (48)
Social ångest	78,9 (15)	0,0 (0)	21,1 (4)	0,0 (0)	100,0 (19)
Specifik fobi	50,0 (7)	7,1 (1)	42,9 (6)	0,0 (0)	100,0 (14)
Totalt	70,3 (71)	5,9 (6)	23,8 (24)	0,0 (0)	100,0 (101)

Z-krit. 1,96 ($p < ,05$)

Av patienterna som tillhörde den kliniska populationen var majoriteten återställda precis efter avslutad behandling, ett fåtal förbättrade, omkring en fjärdedel oförändrade och ingen patient försämrade.

Tabell 4

Behandlingsutfall av CORE-OM i procent (och frekvens) vid uppföljningsregistreringen för klinisk population beräknat med CSI.

	Återställda	Förbättrade	Oförändrade	Försämrade	Totalt
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Egentlig depression	55,0 (11)	15,0 (3)	25,0 (5)	5,0 (1)	100,0 (20)
Oro/ Ångest	50,0 (24)	14,6 (7)	35,4 (17)	0,0 (0)	100,0 (48)
Social ångest	57,9 (11)	10,5 (2)	31,6 (6)	0,0 (0)	100,0 (19)
Specifik fobi	42,9 (6)	0,0 (0)	42,9 (6)	14,2 (2)	100,0 (14)
Totalt	51,5 (52)	11,9 (12)	33,7 (34)	2,9 (3)	100,0 (101)

Z-krit. 1,96 ($p < ,05$)

Vid uppföljningsregistreringen var omkring hälften av den kliniska populationen återställda, cirka en tiondel förbättrade, en tredjedel oförändrade och ett fåtal försämrade.

I tabell 5 och i tabell 6 presenteras behandlingsutfall för patienter som vid initialregistreringen skattade under cut-off-gränsen för psykisk ohälsa (1,49) och därmed tillhörde den icke-kliniska populationen. För diagnosgruppen egentlig depression

innefattade det 1 patient (motsvarande 4,8 % av hela diagnosgruppen), för oro/ångest 11 patienter (motsvarande 18,6 % av hela diagnosgruppen), för social ångest 4 patienter (motsvarande 17,4 % av hela diagnosgruppen), och för specifik fobi 73 patienter (motsvarande 83,9 % av hela diagnosgruppen).

Tabell 5

Behandlingsutfall av CORE-OM i procent (och frekvens) vid avslutningsregistrering för icke-klinisk population beräknat med CSI.

	Förbättrade	Oförändrade	Försämrade	Insjuknade	Totalt
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Egentlig depression	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (1)
Oro/Ångest	36,4 (4)	63,6 (7)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (11)
Social ångest	75,0 (3)	25,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (4)
Specifik fobi	32,9 (24)	64,4 (47)	2,7 (2)	0,0 (0)	100,0 (73)
Totalt	36,0 (32)	61,8 (55)	2,2 (2)	0,0 (0)	100,0 (89)

Z-krit. 1,96 ($p < ,05$)

Av patienterna som tillhörde den icke-kliniska populationen var en dryg tredjedel förbättrade precis efter avslutad behandling, majoriteten oförändrade och ett fåtal försämrade. Ingen patient klassificerades som insjuknad.

Tabell 6

Behandlingsutfall av CORE-OM i procent (och frekvens) vid uppföljningsregistreringen för icke-klinisk population beräknat med CSI.

	Förbättrade	Oförändrade	Försämrade	Insjuknade	Totalt
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Egentlig depression	0,0 (0)	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (1)
Oro/Ångest	54,5 (6)	45,5 (5)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (11)
Social ångest	25,0 (1)	75,0 (3)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (4)
Specifik fobi	17,8 (13)	76,7 (56)	4,1 (3)	1,4 (1)	100,0 (73)
Totalt	22,5 (20)	73,0 (65)	3,4 (3)	1,1 (1)	100,0 (89)

Z-krit. 1,96 ($p < ,05$)

Vid uppföljningsregistreringen var en knapp fjärdedel av den icke-kliniska populationen förbättrade, majoriteten oförändrade, ett fåtal försämrade och en patient insjuknade.

Diskussion

Föreliggande studies syfte var att undersöka behandlingsutfall för KBT-behandling mellan och inom diagnosgrupperna egentlig depression, oro/ångest, social ångest och specifik fobi på en studentklinik. Sammanfattningsvis visade studiens resultat en signifikant förbättring av psykisk hälsa och funktion över tid oavsett diagnosgrupp, dock med en viss försämring mellan avslutningsregistreringen och uppföljningsregistreringen. Resultatet visade även en signifikant skillnad i grad av psykisk ohälsa mellan diagnosgrupperna oavsett mättillfälle, där diagnosgruppen specifik fobi skattade signifikant lägre psykisk ohälsa än övriga diagnosgrupper. Dessutom förekom en signifikant interaktionseffekt mellan behandlingsutfall och diagnosgrupp där resultatet indikerade att behandlingsutfall till viss del kunde förklaras av diagnos. Vad det gäller behandlingsutfall på individnivå visade studiens resultat att majoriteten av patienterna i samtliga diagnosgruppers kliniska population blev kliniskt signifikant återställda eller förbättrade. För patienterna tillhörande samtliga diagnosgruppers icke-kliniska population visade resultatet istället att majoriteten förblev oförändrade.

Gruppernas behandlingsutfall

Mellan grupperna. Diagnosgrupperna egentlig depression, oro/ångest och social ångest utgjorde tillsammans drygt hälften av det totala antalet patienter i studien. Resultatet från den mixade ANOVA:n och post hoc analysen visade att förändringskurvan över de tre mättillfällena för dessa diagnosgrupper hade stora likheter och inga signifikanta skillnader. Specifik fobi som diagnosgrupp utgjorde i sin tur nära hälften av patienterna i föreliggande studie och var därmed den överlägset största diagnosgruppen. Denna diagnosgrupp skiljde sig signifikant åt i CORE-OM-totalskala från övriga diagnosgrupper oavsett mättillfälle, där skattningarna indikerade att gruppen sammantaget hade en lägre grad av psykisk ohälsa och bättre funktion än övriga diagnosgrupper vid samtliga mättillfällen.

Skillnaden mellan specifik fobi och övriga diagnosgrupper i behandlingsutfall vid de tre mättillfällena kan troligen förklaras på flera sätt. En tänkbar förklaring är det faktum att specifik fobi, i jämförelse med de övriga diagnoserna, är en diagnos som är relativt avgränsad och främst orsakar lidande inom ett specifikt område i patientens liv (American Psychological Association, 2014). En avgränsad problematik kan tänkas leda till en lägre grad skattad psykisk ohälsa än problematik, så som depression och diverse ångestsyndrom, som i högre utsträckning påverkar samtliga delar i en patients liv. Vidare kan det tänkas att CORE-OM som mätinstrument inte lyckas fånga diagnosgruppens problematik på ett optimalt sätt. Detta eftersom specifik fobi på gruppnivå redan innan behandling skattade flera enheter under cut-off-gränsen för psykisk ohälsa. CORE-OM syftar, som tidigare nämnt, till att mäta behandlingseffekter av psykoterapi i form av generell psykisk hälsa och fungerande genom de fyra kategorierna; välbefinnande, problem/symtom, fungerande och risker (Elfström et al., 2012). Rimligen kan det

exempelvis antas att diagnosgruppen, på grund sin avgränsade problematik, skattar relativt högt inom kategorin "fungerande", vilket påverkar gruppens totalskaleresultat. Eventuellt hade deras behandlingsutfall därför mer rättvist kunnat fångas av ett diagnosspecifikt mätinstrument.

Likheterna i behandlingsutfall mellan de tre övriga diagnosgrupperna är en annan del av denna studies resultat som är intressant att diskutera. Resultatet indikerar nämligen att psykolog- och psykoterapeutstudenter är lika duktiga på att behandla samtliga av dessa tre diagnosgrupper med hjälp av KBT. Det tyder också på att KBT som behandlingsform är effektiv för dessa diagnosgrupper, trots att kombinationen av behandlingsinterventioner ser olika ut för olika diagnosgrupper. Att behandlingsutfallet var så likt mellan dessa diagnosgrupper är även i enlighet med vad den tidigare effektforskningen på KBT-behandling för dessa diagnosgrupper visat, där stora effekter redovisats för samtliga grupper (exempelvis Acarturk et al., 2009; Borkovec & Ruscios, 2001; Cuijpers et al., 2011). Vidare är det även intressant att notera det faktum att de tre diagnosgrupperna är relativt lika också vad det gäller bakgrundsvariabler. Likheterna i bakgrundsvariabler indikerar att det överlag är en relativt homogen grupp av patienter som söker sig till behandling på studentkliniken, vilket eventuellt även är en bidragande faktor till gruppernas liknande behandlingsutfall. Dock tar sig formen av psykisk ohälsa hos dessa patienter olika uttryck inom respektive diagnosgrupp.

Inom grupperna. I resultatet framkom att diagnosgrupperna egentlig depression, oro/ångest och social ångest vid initialregistreringen låg nära varandra, endast några enheter över cut-off-gränsen för psykisk ohälsa. Diagnosgruppen specifik fobi låg i sin tur vid samma tillfälle några enheter under cut-off-gränsen för psykisk ohälsa. Mellan behandlingsstart och uppföljning visade samtliga diagnosgrupper en signifikant minskning av psykisk ohälsa och låg både vid terapiavslut samt uppföljning under cut-off-gränsen för psykisk ohälsa. Alla fyra diagnosgrupper följde även samma utveckling mellan avslutningsregistreringen och uppföljningsregistreringen där en försämring av psykisk ohälsa skedde. I resultatet framkom även att specifik fobi, som diagnosgrupp, hade en sämre förbättringskurva av psykisk hälsa över tid än övriga diagnosgrupper.

Totalt sett indikerade förbättringen av psykisk ohälsa och funktion mellan initialregistreringen och avslutningsregistreringen, samt mellan initialregistreringen och uppföljningsregistreringen, att studentledd terapi på Psykologiska institutionen hade effekt för samtliga grupper. Den effektstorlek som uppmäts i föreliggande studie klassas som medelstor, vilket delvis överensstämmer med tidigare effectiveness-studier kring studentledd KBT-behandling, där medelstor till stor effekt har uppmäts (Bados et al., 2007; Forand et al., 2011). Även då föreliggande studies resultat inte rakt av går att jämföra med diagnosspecifik effektforskning, kan det ändå vara av intresse att se hur resultaten förhåller sig till tidigare genomförda studier. Resultatet visade att den sammantagna effekten av studentledd KBT-behandling över de tre mättillfällena var medelstor för samtliga diagnosgrupper. Detta stämmer inte överens med tidigare effectiveness-studier på KBT-behandling av egentlig depression, oro/ångest och social ångest, där stora effektstorlekar redovisas (exempelvis van Ingen et al., 2009; Steward & Chambless, 2009; Westbrook & Kirk, 2005). Då det inte verkar finnas någon effectiveness-forskning på specifik fobi får den diagnosgruppen jämföras med effektstorlekar från den befintliga forskningen i form av RCT-studier. I sådana studier har stora effekter uppmäts, vilket alltså också skiljer sig från föreliggande studies resultat (exempelvis Wolitzky-Taylor et al., 2008).

Skillnaderna mellan resultaten som presenteras i denna studie och de som presenteras i tidigare forskning, skulle kunna förklaras av att det i föreliggande studie redovisas en sammantagen effekt för fyra diagnosgrupper, medan i psykoterapiforskning överlag görs effektforskning framförallt diagnosspecifik. Att effekten redovisas som sammantagen innebär att den visar vad studentledd psykoterapi oavsett diagnosgrupp har för effekt. Dock medför denna sammantagna effekt en mer diffus effektstorlek där de olika diagnosernas effekt påverkar slutresultatet. Då diagnosgruppen specifik fobi i föreliggande studie hade en lägre grad av förbättring av psykisk ohälsa än övriga diagnosgrupper, påverkar den med stor sannolikhet den sammantagna effekten negativt. En annan tänkbar förklaring till skillnaderna är att den totala effekten skulle kunna dras ner av att denna studies resultat baseras på tre mättillfällen. Detta skiljer sig från vissa studier i den tidigare forskningen, som endast mäter effekt mellan två mättillfällen. Fördelen med en uppföljningsregistrering är att den genererar information om hur effekten av psykoterapi står sig över tid och inte bara direkt efter avslutad behandling. Men då uppföljningsregistreringen i föreliggande studie visade på en signifikant försämring gentemot avslutningsregistreringen, är det sannolikt att uppföljningsregistreringen har dragit ner den sammantagna effekten något.

Den försämring som sker för samtliga diagnosgrupper mellan behandlingsavslut och uppföljningsregistrering är i enlighet med tidigare forskning på uppföljningar av behandling. Forskning har där visat att många patienter bibehåller de goda resultat de uppnått i behandlingen, men också att en del patienter drabbas av återfall en tid efter avslut (Lambert, 2013), vilket skulle kunna vara en möjlig förklaring till det lägre uppmätta medelvärde vid uppföljningsregistreringen. Försämringen skulle även kunna tänkas orsakas av andra anledningar. Dels sker uppföljningsregistreringen cirka ett år efter avslutad behandling på studentkliniken och därmed kan flertalet händelser ha ägt rum i patienternas liv, som inte nödvändigtvis har en koppling till terapin. Patienter kan ha varit med om livshändelser orelaterade till den problematik de sökt behandling för, som ändå har påverkat deras psykiska mående negativt och därmed lett till en lägre skattning av psykiskt mående vid uppföljningsmätningen. Roth och Fonagy (2005) beskriver detta och poängterar även att övriga livshändelser inte går att kontrollera i forskning och därför bör inte terapi anses vara den enda påverkande faktorn av patienters uppföljningsskattningar.

En annan tänkbar anledning är att det efter avslutad behandling finns en risk för att tidigare problematiska beteenden, som bidragit till patienternas psykiska ohälsa, återkommer. Detta beskrivs av Newring, Loverich, Harris och Wheeler (2008) som menar att faktorer såsom motivationsbrist, svårigheter att generalisera behandlingen till hemmiljön samt att minnas information och att applicera tekniker från terapin, är saker som bidrar till försämrade behandlingsresultat vid uppföljning. Vidare kan det faktum att patienter ofta upplever att terapin utgör en trygghet och ett regelbundet stöd i sin vardag, leda till att patienter upplever en svårare tid än förväntat på egen hand, då behandlingen har avslutats. Detta beskrivs också av Newring et al. som menar att när det stöd och den tillförlitlighet som terapin kan innebära för patienter försvinner, tenderar även behandlingens vinster minska över tid. Den flackare förbättringskurva som specifik fobi också uppvisade, skulle eventuellt kunna bero på det faktum att specifik fobi är den diagnos studentterapeuterna behandlar som sin första patient på studentkliniken. Faktorer såsom bristande klinisk erfarenhet och nervositet skulle därför rimligen kunna bidra till ett något sämre behandlingsutfall och en planare förändringskurva.

Klinisk signifikans

I föreliggande studies analys av den kliniska signifikansen framkom att majoriteten av patienterna i diagnosgrupperna egentlig depression, oro/ångest och social ångest tillhörde klinisk population innan påbörjad behandling. Behandlingsutfallet visade att de flesta patienterna tillhörande dessa tre diagnosgrupper var återställda vid terapiavslut, ett fåtal förbättrade, omkring en femtedel var oförändrade och ingen försämrade. Vid uppföljningen cirka ett år efter avslutad terapi hade effekten av behandlingen för dessa diagnosgrupper minskat något, dock var resultatet överlag ändå bibehållet, då majoriteten av patienterna förblev återställda. För patienterna tillhörande diagnosgruppen specifik fobi såg det dock annorlunda ut, där majoriteten av patienterna istället tillhörde normalpopulation innan påbörjad behandling. Vid avslutad behandling var de flesta av dessa patienter oförändrade, en tredjedel förbättrade, ett fåtal försämrade och ingen insjuknad. Cirka ett år efter avslutad behandling hade en liten försämring skett, även om patienterna överlag bibehöll sina behandlingsresultat.

Jämfört med tidigare forskning på studentledd KBT-behandling var denna studies resultat gällande klinisk signifikans vid avslutad behandling något lägre för diagnosgrupperna egentlig depression, oro/ångest och social ångest (Öst et al., 2011). Andelen återställda i Öst et al. studie för dessa diagnosgrupper låg nämligen omkring 80 %, medan föreliggande studie hade närmare 70 % återställda. Vad det gäller diagnosgruppen specifik fobi klassades i sin tur betydligt fler patienter, 83,8 %, som återställda i Öst et al. studie till skillnad från föreliggande studies 50,0 %. Klinisk signifikans har även studerats i olika diagnosspecifika studier med erfarna terapeuter, där denna studies resultat skiljde sig åt då den hade en högre andel återställda eller förbättrade jämfört med tidigare forskning på diagnosgrupperna egentlig depression (Westbrook & Kirk, 2005) oro/ångest (Hanrahan et al., 2013) och social ångest (Clarke et al., 2006). I kontrast till detta skiljer sig diagnosgruppen specifik fobi i föreliggande studie från tidigare forskning i motsatt riktning, då diagnosgruppen istället hade en lägre andel återställda och förbättrade patienter än vad som redovisas i tidigare RCT-studier gjorda med erfarna terapeuter (Roth & Fonagy, 2005).

Jämförelsen i klinisk signifikans för samtliga diagnosgrupper mellan den ovan nämnda tidigare forskningen och föreliggande studie är intressant, om än något vanskelig. Detta dels på grund av det faktum att föreliggande studie har använt sig av ett annat mätinstrument än de övriga studierna för att mäta psykisk ohälsa och funktion. Exempelvis använde sig Öst et al. av mätinstrumentet CSQ-8 i kombination med CSR (Attkisson & Zwick, 1982), vilket innefattar fler aspekter av patienternas mående och upplevelse av behandlingen och därför inte är direkt jämförbar med data insamlad med hjälp av CORE-OM. Föreliggande studie är gjord på relativt små grupper, betydligt mindre än samtliga tidigare genomförda studier, vilket är en faktor som kan leda till mindre tillförlitliga mått på behandlingseffekter (Bergin & Lambert, 2013). Då ovan nämnd tidigare forskning endast redovisat resultat för patienter tillhörande klinisk population, fick även jämförelsen för diagnosgruppen specifik fobi ske med dess kliniska population. Detta trots att denna population endast innehöll en minoritet av gruppens totala antal patienter, vilket också är en orsak som kan bidra till viss skevhet i jämförelsen med tidigare forskning. Dessa faktorer bör tas i åtanke vid jämförelse av studiernas

resultat. De kan även ses som en potentiell orsak till skillnaderna i behandlingsutfall för diagnosgrupperna generellt och för specifik fobi i synnerhet.

Vad det gäller resultaten av klinisk signifikans vid uppföljningen tycks det inte finnas någon tidigare forskning på studentledd KBT-behandling att tillgå för jämförelse. Som tidigare nämnt visade föreliggande studies resultat vid uppföljning cirka ett år efter avslutad behandling en relativt stor andel återställda patienter från diagnosgrupperna egentlig depression, oro/ångest och social ångest och relativt många oförändrade patienter i diagnosgruppen specifik fobi. Huruvida detta är ett resultat som stämmer överens med eller skiljer sig åt från tidigare forskning går därmed inte att säga.

Studiens begränsningar

En av föreliggande studies begränsningar gäller bortfallet av patienter efter behandlingsavslutet, där 74,0 % fyllde i kvalitetssäkringsformulären vid terapiavslut. Vad detta kan bero på och hur deras skattningar eventuellt hade påverkat studiens resultat, kan det bara spekuleras kring. Faktorer som avhopp från terapin, ännu ej avslutade behandlingar, att terapeuten glömt dela ut självskattningsformulären eller inte registrerat patientens svar, skulle kunna förklara delar av bortfallet. Av de som svarade på avslutningsregistreringen ville endast 56,7 % bli kontaktade för att kunna delta i en uppföljningsregistrering. Då uppföljningsregistreringen sker som en webbenkät var ett krav för att delta i registreringen att patienterna uppgav sin mejladress. Detta kan tänkas vara en orsak till det relativt låga deltagandet, då exempelvis ovilja till att lämna ut en privat mejladress skulle kunna bidra till detta bortfall. Vid uppföljningsregistreringen var svarsfrekvensen i sin tur 71,0 %. Huruvida de 29 % som inte svarade på uppföljningsenkäten gjorde detta till följd av bättre eller sämre psykiskt mående förblir dock okänt. Oavsett om bortfallet skedde vid avslutnings- eller uppföljningsregistreringen riskerar dessa bortfall att bidra till ett mer vinklat urval, samt försvagar föreliggande studies reliabilitet då mätningarnas tillförlitlighet försämras. Därtill begränsas studien av sin brist på kontrollgrupp, vilket ökar risken att de resultat som uppkommit kan ha påverkats av andra faktorer än enbart den studentledda KBT-behandlingen.

Som tidigare nämnt exkluderar studentkliniken vid Psykologiska institutionen flera diagnosgrupper och svårare problematik såsom suicidalitet på grund av för hög svårighetsgrad och olämplighet för studentterapeuter. Likaså söker studentkliniken aktivt efter patienter inom diagnosgruppen specifik fobi, då så gott som alla studentterapeuter får behandla en specifik fobi sin första termin med patienter. Detta eftersom patientgruppen överlag anses vara lätt att behandla med goda resultat (Öst, 2013). Denna exkludering av svåra diagnosgrupper och det jämförelsevis stora intaget av patienter med specifik fobi genomförs med rimliga skäl på studentkliniken. Dock kan detta innebära att de behandlingsresultat som uppkommit i föreliggande studie upplevs som bättre jämfört med effectiveness-studier genomförda vid likvärdiga instanser, exempelvis inom primärvården, där en jämnare mängd av samtliga diagnosgrupper tas emot. Denna snedfördelning bör tas i åtanke då resultatet granskas. Vid granskning av studiens resultat från de statistiska analyserna bör också fenomenet 'regression mot medelvärdet' tas i åtanke. Delar av den förbättring som resultatet pekade på hos diagnosgruppen specifik fobi kan nämligen vara maskerad av regression mot medelvärdet, där delar av de positiva effekterna av behandling kan ha förminskats av detta statistiska fenomen. Likaså kan delar av behandlingseffekten för de tre övriga diagnosgrupperna ha förstärkts av

fenomenet, där det kan finnas en tendens hos de patienter som innan behandling mådde väldigt dåligt att förbättras ovanligt mycket.

Studien begränsas därtill av det faktum att det är patienterna själva, istället för dess terapeuter, som i kvalitetssäkringen registrerar vilken diagnos de behandlats för på studentkliniken. Trots att det rimligen går att anta att patienterna själva vet med sig vilken typ av problematik de gått i behandling för, kan brist i kommunikation eller missförstånd mellan terapeut och patient avseende diagnos ha lett till att patienter uppgett sig tillhöra "fel" diagnosgrupp. Studentklinikens kategorisering av diagnosgrupper i uppföljningsformuläret tåls också att diskuteras. I uppföljningsformuläret får patienterna kryssa i vilken av nio möjliga problematiker de behandlats för på kliniken. Bland dessa är sju tydliga diagnosgrupper kopplade till en DSM-5 diagnos, medan patientgruppen oro/ångest verkar vara något av en uppsamlingsgrupp för diverse ångestdiagnoser. För att diagnosgrupperna i föreliggande studie skulle kunna ha använts och jämförts med tidigare forskning på bästa sätt, hade det varit önskvärt om även denna kategori hade specificerats i form av en eller flera befintliga DSM-5 diagnoser. Det bör också noteras att antalet patienter i respektive diagnosgrupp i denna studie är relativt få, med undantag för diagnosgruppen specifik fobi. Som tidigare diskuterats kan små deltagargrupper leda till mindre tillförlitliga mått på behandlingseffekter (Bergin & Lambert, 2013), vilket således också utgör en av studiens begränsningar i form av generaliserbarhet.

Slutligen tycks CORE-OM inte vara det bäst lämpade instrumentet för att mäta psykisk ohälsa hos patientgruppen specifik fobi. Detta då diagnosgruppen redan vid behandlingsstart låg under cut-off-gränsen för psykisk ohälsa, vilket möjligen ger en ofullständig bild av diagnosgruppens psykiska ohälsa och lidande. Istället hade eventuellt ett diagnosspecifikt instrument för specifik fobi kunnat ge en mer rättvis bild av behandlingsutfallet för den här patientgruppen och varit bättre anpassat till att mäta deras avgränsade problematik. Denna begränsning i studentklinikens kvalitetssäkring är anmärkningsvärd då specifik fobi också är den största patientgruppen på kliniken.

Rekommendationer för studentkliniken och framtida forskning

Utifrån ovanstående diskussion kring lämpligheten av CORE-OM som mätinstrument när det gäller diagnosgruppen specifik fobi vid studentkliniken på Psykologiska institutionen, vore det i framtiden av intresse att granska utbudet av befintliga diagnosspecifika mätinstrument och om möjligt tillämpa något av dessa i framtida kvalitetssäkringar. Tillägget av ett diagnosspecifikt mätinstrument skulle möjliggöra en utvärdering av symtomreduktion vilket i kombination med CORE-OM kan utveckla och förklara behandlingsutfallet ytterligare. Diagnosspecifika mätningar skulle även kunna bidra till att data från studentklinikens kvalitetssäkring lättare kan jämföras med tidigare forskning.

Det vore även av intresse om framtida forskning kunde titta på hur diagnos predicerar behandlingsutfall när fler av de diagnosgrupper som behandlas på studentkliniken är inkluderade. I föreliggande studie ansågs endast fyra av nio diagnosgrupper tillräckligt stora till antalet för att vara meningsfulla att utföra statistiska analyser på. En sådan framtida studie, vilken tar hänsyn till en större mängd diagnoser, skulle ge en bredare bild av föreliggande studies frågeställningar.

Slutligen skulle det vara intressant om ytterligare effectiveness-studier studerade kvalitetssäkringsdatan från studentkliniken närmare med hjälp av klinisk signifikans.

Resultaten från denna studie indikerar att det finns många fler aspekter att beakta vad det gäller behandlingsutfall på individnivå. Förslagsvis hade det varit av intresse att titta närmare på hur det kommer sig att så pass många patienter tillhörande normalpopulationen förblir oförändrade både efter avslutad behandling och vid uppföljning, liksom även att analysera den kliniska signifikansen med mätvärden från diagnosspecifika formulär.

Referenser

- Acarturk, C., Cuijpers, P., van Straten, A., & de Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39, 241-255. doi: 10.1017/S0033291708003590
- American Psychiatric Association. (2014). *Mini-D 5: Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Stockholm: Pilgrim Press.
- Andersson, E. (2016). Om vår psykoterapimottagning. Hämtad 23 januari 2018 från <https://psy.gu.se/psykoterapimottagning>
- Attkisson, C. C., & Zwick, R. (1982). The client satisfaction questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5, 233-237.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). Outcome of cognitive-behavioral therapy in training practice with anxiety disorder patients. *British Journal of Clinical Psychology Society*, 46, 429-435. doi: 10.1348/014466507X209961
- Bauer, S., Lambert, M. J., & Nilsen, S. L. (2004). Clinical significance methods: A comparison of statistical techniques. *Journal of Personality Assessment*, 82, 60-70. doi: 10.1207/s15327752jpa8201_11
- Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6:e upplagan). Hoboken, N.J: John Wiley & Sons.
- Berglund, K. (2016). *Rapport för kvalitetssäkring av Psykologiska institutionens terapimottagning HT 2013 - VT 2015*. Göteborg: Psykologiska institutionen.
- Borkovec, T. D., & Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 37-42
- Brunnbauer, L., Simpson, S., & Balfour, C. (2015). Exploration of client profile and clinical outcome in a university psychology clinic. *Australian Psychologist*, 51, 442-452. doi: 10.1111/ap.12143
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Campbell, L. F., Norcross, J. C., Vasquez, M. J. T., & Kaslow, N. J. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness: The APA resolution. *Psychotherapy*, 50, 98-101. doi:10.1037/a0031817
- Choy, Y., Fyer, A. J., & Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Reviews*, 27, 266-286.
- Clarke, D. M., Ehlers, A., Hackman, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L., & Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized control trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578. doi: 10.1037/0022-006X.74.3.568

- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T., & van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 354-364. doi: 10.3109/08039488.2011.596570
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 58, 376-385.
- DiMauro, J., Domingues, J., Fernandez, G., & Tolin, D. F. (2012). Long-term effectiveness of CBT for anxiety disorders in an adult outpatient clinic sample: A follow-up study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 82-86. doi.org/10.1016/j.brat.2012.10.003
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge.
- Elfström, M. L., & Carlsson, S. G. (2013). CORE-OM, svensk version: Preliminär manual.
- Elfström, M. L., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakenberg, M., & Carlsson, S.G. (2012). Validation of the Swedish version of the clinical outcomes in routine evaluation outcome measure (CORE-OM). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 447-455. doi:10.1002/cpp.1788
- Farmer, R. F., & Chapman, A. L. (2016). *Behavioral interventions in cognitive behavior therapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- Forand, N. R., Evans, S., Haglin, D., & Fishman, B. (2011). Cognitive behavioral therapy in practice: Treatment delivered by trainees at an outpatient clinic is clinically effective. *Behavior Therapy*, 42, 612-623.
- Hanrahan, F., Field, A. P., Jones, F. W., & Davey, G. C. L. (2013). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 33, 120-132. doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.008
- Hans, E., & Hiller, W. (2013). Effectiveness of and dropout from outpatient cognitive behavioral therapy for adult unipolar depression: A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 75-88. doi:10.1037/a0031080
- Henriksson, S., Anclair, M., & Hiltunen, A. J. (2016). Effectiveness of cognitive behavioral therapy on health-related quality of life: An evaluation of therapies provided by trainee therapists. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57, 215-222. doi: 10.1111/sjop.12291
- Hiltunen, A. J., Kocys, E., & Perrin-Wallqvist, R. (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy: An evaluation of therapies provided by trainees at a university psychotherapy training center. *PsyCh Journal*, 2, 101-112. doi: 10.1002/pchj.23
- Hunsley, J., Elliott, K., & Therrien, Z. (2014). The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety, and related disorders. *Canadian Psychology*, 3, 161-176. doi.org/10.1037/a0036933
- Hunsley, J., & Lee, C. M. (2007). Research-informed benchmarks for psychological treatment: Efficacy studies, effectiveness studies, and beyond. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 21-33. doi: 10.1037/0735-7028.38.1.21
- van Ingen, D. J., Freiheit, S. R., & Vye, C. S. (2009). From the lab to the clinic: Effectiveness of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 69-74. doi: 10.1037/a0013318

- Jacobsson, N. S., & Traux, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. New York: Guilford Press.
- Kåver, A. (2016). *KBT i utveckling: En grundbok i kognitiv beteendeterapi* (2:a upplagan). Stockholm: Natur & kultur.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I A. E. Bergin & M. J. Lambert (red:er). *Bergin and Garlfield's handbook of psychotherapy and behavioral change* (6:e upplagan). (ss. 169-218). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for common procedure and validity data. *Psychotherapy Research*, 19, 493-501.
- Linden, M., Zubaegale, D., Baer, T., Franke, U., & Schlattmann, P. (2005). Efficacy of cognitive behaviour therapy in generalized anxiety disorders. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74, 36–42. doi: 10.1159/000082025
- Lööf, A., & Rosendahl, V. (2010). *Symtomförändring och tillfredsställelse i samband med psykoterapi: en utvärderande och undersökande studie på en utbildningspsykoterapimottagning*. Opublicerat psykologexamensarbete, Lunds universitet: Institutionen för psykologi, Lund.
- Möller, H-J. (2011). Effectiveness studies: Advantages and disadvantages. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13, 199-207. Hämtad 14 december, 2017, från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181999/>
- National Institute for Clinical Excellence. (2013). *Social anxiety disorder: Recognition, assessment and treatment*. National Collaborating Centre for Medical Health: London.
- Newring, K. A. B., Loverich, T. M., Harris, C. D., & Wheeler, J. (2008). Relapse prevention. I W. T. O'Donohue, & J. E. Fisher (red:er), *Cognitive behavior therapy* (2:a upplagan). (s.422-433). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- O'Keeffe, F., Watson, S., & Linke, S. (2016). Training novice clinical psychologist trainees to implement effective CBT for anxiety disorders: Training model and clinic outcomes. *Cognitive Behavioral Therapists*, 9, 1-14. doi:10.1017/S1754470X16000246
- Psykologiguiden. RCT. Hämtad 14 december, 2017, från <https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=RCT>
- Ramnerö, J. (2013). Depression. I L-G. Öst (red.), *KBT inom psykiatri* (2:a upplagan). (ss.193–210). Stockholm: Natur & kultur.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2014). An acceptance-based behavioral therapy for generalized anxiety disorder. I D. H. Barlow (red.), *Clinical handbook of psychological disorders* (5:e upplagan). (ss.206-236). New York: The Guilford Press.

- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom?: A critical review of psychotherapy research* (2:a upplagan). New York: The Guilford Press.
- Steward, R. E., & Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 595-606.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work* (2:a upplagan). New York, NY: Routledge.
- Wardenaar, K. J., Lim, C. C. W., Al-Hamzawi, A. O., Alonso, J., Andrade, L. H., Benjet, C., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Florescu, S. E., Gureje, O., Hisateru, T., Hu, C., Huang, Y., Karam, E., Kiejna, A., Lepine, J. P., Navarro-Mateu, F., Oakley Browne, M., Piazza, M., Posade-Villa, J., Ten Have, M. L., Torres, Y., Xavier, M., Zarkov, Z., Kessler, R. C., Scott, K. M., & de Jonge, P. (2017). The cross-national epidemiology of specific phobia in the world mental health surveys. *Psychological Medicine, 47*, 1744-1760. doi.org/10.1017/S0033291717000174
- Westbrook, D., & Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1243-1261. doi:10.1016/j.brat.2004.09.006
- Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 28*, 1021-1037.
- World Health Organisation (2017:2). *Depression and other common mental disorders*. Global health estimates. (WHO 2017:2). Geneva: WHO Document Production Services.
- Young, J. E., Rygh J. L., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2014). Cognitive therapy for depression. I D. H. Barlow (red.), *Clinical handbook of psychological disorders* (5:e upplagan). (ss. 275-331). New York: The Guilford Press.
- Öst, L-G. (red.). (2013). *KBT inom psykiatrin* (2:a upplagan). Stockholm: Natur & Kultur.
- Öst, L-G., Karlstedt, A., & Widén, S. (2012). The effects of cognitive behavior therapy delivered by students in a psychologist training program: An effectiveness study. *Behavior Therapy, 43*, 160-173.